

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 57

STATISTIQUE
de la
MORTALITÉ MATERNELLE
dans les Services d'Obstétrique
de La Charité
(Clinique obstétricale et maternité)

du 1^{er} janvier 1904 au 31 décembre 1923

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel HENRY

né à ESPALION (Aveyron) le 27 février 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE
DANS LES SERVICES D'OBSTÉTRIQUE DE LA CHARITÉ
(CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET MATERNITÉ)
DU 1^{er} JANVIER 1904 AU 31 DÉCEMBRE 1923



Digitized by the Internet Archive
in 2026

STATISTIQUE

de la

MORTALITÉ MATERNELLE

dans les Services d'Obstétrique

de La Charité

(Clinique obstétricale et maternité)

du 1^{er} janvier 1904 au 31 décembre 1923

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel HENRY

né à ESPALION (Aveyron) le 27 février 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, président; TRILLAT, assesseur;

BONNET et RHENTER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Nous les confondons dans une
même pensée d'affectueuse reconnais-
sance.

A MA SŒUR

Témoignage de sincère affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR,
Professeur de Clinique obstétricale
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER,
Accoucheur des Hôpitaux

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE
DANS LES SERVICES D'OBSTÉTRIQUE DE LA CHARITÉ
(CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET MATERNITÉ)
DU 1^{er} JANVIER 1904 AU 31 DÉCEMBRE 1923

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant, sur les conseils de M. le Professeur Commandeur et de M. le Professeur agrégé Rhenter, de produire une statistique de la mortalité générale maternelle dans les maternités de la Charité de Lyon (clinique obstétricale et maternités : services d'accouchements et d'infirmérie).

Nous avons relevé tous les accouchements qui ont eu lieu, tant à la Clinique obstétricale qu'à la Maternité, pendant la période de vingt ans comprise entre le 1^{er} janvier 1904 et le 31 décembre 1923. Nous avons ainsi réuni 47.954 accouchements. Nous en avons suivi l'évolution et recherché tous les cas de mort survenus au cours de cette période. Dans le même esprit, nous avons étudié, pendant la même période, en suivant les mêmes directives, les résultats obtenus dans les services d'infirmérie. En rassemblant ces matériaux, nous avons dressé une statistique générale de la mortalité maternelle portant sur un nombre d'obser-

vations tel que les causes d'erreur ou la loi des séries, si fréquemment observées dans les cliniques, ne semblent plus pouvoir jouer.

Nous nous excusons par avance de la monotonie que va présenter notre travail. Sa nature même en exclut toute prétention d'intérêt littéraire. Nous présentons des chiffres dans toute leur sécheresse et leur ingratitude mathématiques.

Nous adressons à M. le Professeur Commandeur le témoignage de notre vive et respectueuse reconnaissance, pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur agrégé Rhenter. C'est lui qui nous a suggéré notre travail et qui nous en a donné toutes les directives. Il nous en a apporté la plus grande partie des matériaux et des documents. Je veux, au début de ce travail qui est le sien, lui dire ma reconnaissance et ma vive gratitude.

Nous savons aussi que c'est grâce à l'extrême obligeance de M. le Professeur agrégé Voron, accoucheur des Hôpitaux, que la statistique a pu être établie jusqu'au 31 décembre 1923, en utilisant les observations de la Maternité de 1920 jusqu'à cette date. Nous tenons à l'assurer de notre respectueuse gratitude.

Nous présenterons donc, dans un premier chapitre, la mortalité maternelle globale dans les services d'accouchement et d'infirmerie de la Charité, pour la période de vingt ans, comprise du 1^{er} janvier 1904

au 31 décembre 1923. Nous reprendrons ensuite, dans des paragraphes distincts la mortalité due :

a) A toutes les affections pouvant survenir au cours de la puerpéralité ou aggravées par elle ;

b) A toutes les affections propres à la puerpéralité.

Nous réserverons un paragraphe à la mortalité maternelle à la suite des interventions de chirurgie obstétricale, qu'il aurait été difficile de classer, sans les grouper.

CHAPITRE PREMIER

Mortalité maternelle générale dans les Services d'Accouchements et d'Infirmérie

L'hôpital de la Charité comprend deux services obstétricaux bien distincts :

1° La Clinique obstétricale, ouverte aux étudiants en médecine et aux élèves sages-femmes externes.

2° La Maternité, ouverte aux élèves sages-femmes internes.

Chacun des deux services se subdivise en une salle d'accouchements et une infirmerie.

Le recrutement des services d'accouchements proprement dits est assuré par les femmes admises en travail et ne présentant *a priori* aucun signe d'infection.

Dans les infirmeries entrent :

a) Les malades qui présentent des accidents au cours de leur grossesse ;

b) Les femmes accouchées en ville et présentant secondairement des accidents infectieux ;

c) Les parturientes en travail, dont la température élevée fait suspecter une infection précoce, infection amniotique par exemple.

d) Les malades accouchées dans les services d'accouchements et présentant ultérieurement de l'infection ; bien entendu, les observations de cette dernière catégorie ne figureront qu'une fois dans nos relevés statistiques.

Du 1^{er} janvier 1904 au 31 décembre 1923, on a relevé, en réunissant les observations de la Clinique et de la Maternité (services d'accouchement et d'infirmierie), 62.270 accouchements, sur lesquels nous avons compté 652 cas de mort, dont voici la cause :

- 12 pneumonies.
- 55 tuberculoses.
- 18 cardiopathies.
- 1 diabète.
- 45 grippes.
- 1 encéphalite.
- 4 scarlatines.
- 1 rougeole.
- 6 fièvres typhoïdes.
- 4 méningites cérébro-spinales.
- 1 épilepsie.
- 1 ictère grave.
- 1 appendicite.
- 3 occlusions intestinales.
- 1 Cancer extra-génital.
- 1 Cancer génital.
- 2 fibromes utérins.

- 1 kyste de l'ovaire.
- 8 néphrites (mal de Bright).
- 24 anémies pernicieuses.
- 170 avortements.
 - 1 Môle hydatiforme.
 - 5 vomissements graves.
- 12 placenta prævia.
 - 3 décollements du placenta normalement inséré.
 - 1 putréfaction fœtale.
- 221 infections puerpérales.
 - 2 hémorragies.
 - 12 ruptures utérines (plus 4 comptant avec les cas de placenta prævia et de décollement du placenta).
 - 2 syncopes anesthésiques,
 - 1 choc.
 - 7 opérations césariennes pour rétrécissement pelvien (5 autres décès après césarienne figurent à d'autres chapitres).
 - 1 pubiotomie.

Ce qui nous donne une mortalité générale de 1,05 %.

Il y a d'ailleurs lieu d'insister :

1° Sur le fait qu'il s'agit d'une statistique hospitalière ;

2° Sur la nécessité d'établir une différenciation entre les malades accouchées dans les services d'accouchements et celles entrées directement dans les infirmeries.

a) Parmi les femmes admises à la Charité, on conçoit facilement que l'on relève de nombreux cas de parturientes qui, après d'infructueuses tentatives opérées à l'extérieur, sont dirigées vers l'hôpital, comme vers la dernière et souvent trop tardive ressource. De plus, les maternités de la Charité drainent de la même façon les accouchements difficiles des environs de Lyon, quand la dystocie est au-dessus des moyens dont peut disposer un praticien de campagne. Avec les facilités de communications actuelles, on n'hésite pas à diriger vers les centres hospitaliers un grand nombre de cas *a priori* mauvais qui, dans un certain sens, faussent nos statistiques.

b) Nous pouvons décomposer le chiffre global de 62.270 observations de la façon suivante :

47.954 accouchements dans les Maternités ;

14.316 entrées directes dans les Infirmeries.

Si nous considérons seulement les accouchements faits dans les maternités, nous trouvons 268 cas de mort, sur 47.954 accouchements, soit une mortalité de 0,53 %.

Nous avions l'intention, lorsque nous avons conçu le plan de notre travail, de produire les résultats que nous avons obtenus, parallèlement à ceux publiés par les classiques ou les différents auteurs. Cette comparaison, si elle présentait un certain attrait, nous a paru ultérieurement ne pouvoir être faite de façon utile ; car, sans vouloir, de parti-pris, refuser notre confiance aux chiffres que l'on trouve dans la littérature obstétricale, nous avons remarqué que chaque

statistique était établie d'une façon différente et qu'il est très difficile de les interpréter sans en connaître à fond le mode d'élaboration. Aussi, n'userons-nous de la comparaison qu'à simple titre de repère, et seulement dans les cas où la concordance des chiffres obtenus par plusieurs auteurs nous est un garant de leur signification.

Mme Lachapelle, avec qui apparaissent les premières statistiques, déclare, à sa maison d'accouchements, rue de l'Enfer, une mortalité de 4 % en moyenne, avec des variations telles que ce chiffre s'élève à plus de 6 % en 1804 et 1812.

A la Charité de Lyon, de 1802 à 1811, nous trouvons une mortalité de 2,3 % ; à l'Hôtel-Dieu de Lyon, de 1806 à 1816, un pourcentage de 2,79 %, avec des élévations, comme, par exemple, en 1812, à 5,4 %. Par contre, en 1813, nous trouvons des chiffres comparables et même inférieurs à ceux de nos jours, avec 0,7 % et 0,8 %. Il faut d'ailleurs insister sur le fait qu'il s'agissait de maternités fermées et dans lesquelles ne pénétrait aucun élève.

Speath, en Autriche, à la division obstétricale de l'Hôpital général de Vienne, depuis sa fondation jusqu'en 1843, nous fournit les chiffres suivants : pendant les 39 premières années, sur 71.393 accouchements, 837 décès, mortalité 1,25 %. Sous la direction du Professeur Klein, la mortalité s'éleva, la première année, à 7,45 %, avec 214 décès sur 2.872 accouche-

ments. Pendant les onze années de sa direction, on enregistra 1.714 morts, sur 32.336 accouchements, ce qui donne une mortalité de 5,03 %.

A Paris, à la Maternité, durant la période de 1802 à 1864, sur 160.724 accouchements, on totalise 8.124 décès ; mortalité, 5,6 % ;

A l'Hôtel-Dieu, de 1802 à 1864, on trouve 25.314 accouchements, 831 décès ; mortalité 3,20 % ;

A Saint-Louis, de 1807 à 1864, 19.038 accouchements, 780 décès ; mortalité 4 %.

A Vienne, à la première Clinique, de 1834 à 1863, 104.492 accouchements, 5.560 décès : 5,5 %.

A Stockholm, à la Maternité, en 1861, 650 accouchements, 36 décès : 5,6 %.

A Dublin, de 1848 à 1854, à la Maternité, 13.748 accouchements, 163 décès : 1,1 %.

Delore, dans son discours d'intallation, prononcé à Lyon, en 1866 : « De l'hygiène des maternités », nous rapporte les statistiques de de Lurieu des principaux hôpitaux de France :

A Rouen, à l'Hospice Grand, de 1860 à 1863, 1.275 accouchements, 9 décès : 0,75 % ;

A Lille, de 1860 à 1863, 683 accouchements, 25 décès : 3,5 % ;

A Strasbourg, 556 accouchements, 78 décès : 14 %.

Duval, dans sa thèse soutenue à Lille, en février 1899, nous fournit les chiffres suivants :

Le nombre des femmes entrées à la Maternité de l'Hôpital de la Charité, pendant les années 1878-1884, a été de 1.778. Sur ces 1.778 femmes, il y eut 1.759 accouchements, 19 avortements. Des 1.778 femmes entrées dans le service, 1.711 sont sorties vivantes, 67 ont succombé.

Voici la cause de la mort, dans ces 67 cas :

- 2 érysipèles,
- 1 variole,
- 2 tuberculoses,
- 1 congestion pulmonaire,
- 1 broncho-pneumonie,
- 2 affections cardiaques,
- 46 péritonites,
- 2 gangrènes de la vulve,
- 2 pneumonies,
- 1 opération césarienne,
- 6 céphalotripsies,
- 1 accouchement prématuré pour rétrécissement pelvien.

Ce qui donne un mortalité générale de 3,70 %.

A cette date, le service de la Charité fut confié à la direction de M. le Professeur Gaulard. Grâce à d'heureuses transformations, la mortalité fut diminuée d'une façon sensible : au cours de 12 ans, de 1866 inclus à 1892, nous relevons les chiffres indiqués par Duval, année par année, et obtenons les résultats totaux suivants :

Nombre d'accouchements, 6.926 ; décès, 40 ; mortalité, 0,57 %.

Leroy nous donne la statistique de la mortalité de la Nouvelle Clinique d'Accouchements, à Paris, confiée à la direction de Pajot :

1881	577 accouchements	13 décès	2,25 %
1882	768 —	31 —	4,03 %
1883	844 —	21 —	2,48 %
1884	896 —	13 —	1,45 %

CHAPITRE II

Maladies diverses et puerpéralité

1. — *Pneumonie*

Depuis Grisolles, qui avait eu l'occasion d'observer plusieurs cas de pneumonie chez des femmes enceintes, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la maladie revêt le plus ordinairement, dans les cas de ce genre, un caractère de gravité tout à fait spécial.

Nous avons relevé 12 décès par pneumonie, dont voici les observations :

OBSERVATIONS. — 1) Pneumonie au huitième mois. Accouchement spontané. Mort au sixième jour.

2) Pleuro-pneumonie pendant le travail. Mort trois jours après accouchement au forceps d'enfant mort-né.

3) Pneumonie à la fin de la grossesse. Accouchement à terme. Pleurésie purulente enkystée. Méningite cérébro-spinale à pneumocoques. Mort.

4) Pneumonie pendant la grossesse.

5) Pneumonie à 5 mois 1/2.

6) Pneumonie pendant la grossesse. Accouchement en ville. Mort.

7) Pneumonie pendant la grossesse. Accouchement au forceps. Mort au septième jour.

8) Pneumonie des suites de couches. Mort 5 jours après accouchement à terme.

9) Pneumonie ayant débuté au lendemain de l'accouchement. Mort au sixième jour.

10) Pneumonie des suites de couches. Mort au treizième jour après accouchement au forceps, chez une cyphoscoliotique présentant de l'albuminurie.

11) Pneumonie des suites de couches, après accouchement spontané à terme. Mort au cinquième jour.

12) Pneumonie de la grossesse. Accouchement avant terme. Mort le lendemain.

2. — *Tuberculose*

Les opinions les plus diverses et les plus opposées ont été soutenues, au sujet des rapports de la tuberculose et de la grossesse. Cette diversité de vues est, à elle seule, une preuve de la difficulté du problème, difficulté qui est due, nous semble-t-il, au fait que beaucoup de tuberculoses plus ou moins latentes passent inaperçues.

Nous avons relevé 55 cas de mort par tuberculose.

De la lecture des observations de ces 55 cas, nous avons déduit deux conclusions :

La première qui s'impose à nous est la fréquence relative des accouchements prématurés par rapport aux avortements ou aux accouchements à terme. Les résultats, à ce point de vue, sont les suivants :

- 22 cas de mort après accouchement prématuré ;
- 6 — après avortement ;
- 12 — après accouchement à terme ;
- 2 césariennes *post-mortem* ;
- 2 césariennes pour rétrécissement pelvien ;
- 1 méningite tuberculeuse au 4^e mois ;
- 1 péritonite tuberculeuse ;
- 2 accouchements en ville, dont nous n'avons pu avoir les observations ;
- 5 morts au cours de la grossesse, avant expulsion ;
- 1 accouchement provoqué.

Une deuxième conclusion, c'est que les malades qui succombent à la tuberculose meurent beaucoup plus souvent après l'expulsion d'un œuf, d'un fœtus ou d'un enfant, qu'en état de grossesse. C'est ainsi que, si nous éliminons les deux césariennes signalées plus haut et un accouchement provoqué, nous trouvons 43 cas de mort après expulsion et seulement 9 cas de mort en état de grossesse.

OBSERVATIONS.

1) Œdème pulmonaire chez une tuberculeuse albuminurique. Mort 1 mois 1/2 après accouchement prématuré spontané.

2) Tuberculose pulmonaire à marche rapide. Décès après accouchement spontané en ville à 7 mois 1/2, 18 jours après le début de la maladie.

3) Tuberculose pulmonaire à marche rapide. Décès 19 jours après accouchement spontané à 7 mois 1/2.

4) Pneumonie caséuse au onzième jour après césarienne, pratiquée au début du travail pour bassin rachitique.

5) Tuberculose pulmonaire et laryngée. Décès 8 jours après accouchement prématuré spontané à 7 mois 1/4.

6) Tuberculose à évolution vers la cachexie. Mort 4 jours après accouchement spontané à 6 mois 2/3.

7) Tuberculose à forme cavitaire. Mort 16 jours après accouchement spontané à 7 mois.

8) Tuberculose pulmonaire et méningée : granulie. Mort 6 jours après accouchement spontané à 8 mois 2/3.

9) Tuberculose à marche rapide. Mort 16 jours après accouchement prématuré spontané à 6 mois 1/4.

10) Tuberculose pulmonaire en évolution. Décès 3 mois après accouchement spontané à terme.

11) Granulie. Mort 5 jours après accouchement spontané à terme.

12) Tuberculose pulmonaire à marche rapide. Mort 17 jours après accouchement spontané à terme.

13) Tuberculose laryngée et pulmonaire. Mort 10 jours après accouchement spontané à 8 mois.

14) Méningite tuberculeuse des suites de couches. Mort 10 jours après accouchement spontané à 7 mois.

15) Granulie. Mort 12 jours après accouchement spontané à 8 mois 1/2.

16) Tuberculose pulmonaire. Poussée de granulie après accouchement spontané à terme et mort au onzième jour.

17) Maladie d'Isambert. Tuberculose pharyngo-laryngée. Accouchement spontané à 8 mois. Enfant vivant. Mort 7 jours après accouchement.

18) Pneumonie tuberculeuse (autopsie). Décès 16 jours après césarienne, pour bassin rétréci, suivie d'hystérectomie.

19) Granulie. Mort 4 jours après accouchement prématuré à 7 mois 1/2.

20) Tuberculose à marche aiguë. Mort quelques heures après accouchement spontané à 7 mois.

21) Granulie aiguë. Mort 4 jours après accouchement provoqué à 8 mois.

22) Tuberculose de la fin de la grossesse. Poussée aiguë et mort 10 jours après accouchement à terme.

23) Tuberculose pulmonaire à marche aiguë. Mort 11 jours après accouchement à 7 mois 1/2.

24) Granulie généralisée des suites de couches. Mort 13 jours après accouchement.

- 25) Granulie post-abortive.
- 26, 27, 28) Décès par tuberculose après avortement.
- 29, 30, 31) Décès après accouchement prématuré entre 6 mois 1/2 et 7 mois.
- 32, 33) Mort au cours de la grossesse sans interruption.
- 34) Décès après accouchement en ville.
- 35) Mort au quatrième mois après méningite tuberculeuse.
- 36) Mort après accouchement à l'extérieur.
- 37) Tuberculose post-abortive. Mort.
- 38) Tuberculose pulmonaire après accouchement spontané à 7 mois à l'extérieur.
- 39) Mort par tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse à 7 mois.
- 40) Mort par tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse.
- 41) Tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse.
- 42) Tuberculose de la fin de la grossesse.
- 43) Tuberculose après avortement.
- 44) Accouchement à 6 mois chez pleurétique. Epanchement abondant. Décès le lendemain de l'accouchement par asphyxie.
- 45) Tuberculose à évolution aiguë. Décès 11 jours après accouchement spontané à terme.
- 46) Granulie méningée suraiguë à 7 mois 1/2. Césarienne post-mortem. Enfant vit 35 minutes. 2.160 grammes.
- 47) Granulie. Décès 33 jours après accouchement spontané.
- 48) Tuberculose à forme asphyxiante au huitième mois. Césarienne post-mortem. Enfant mort.
- 49) Décès par granulie 1 mois après accouchement spontané à terme.
- 50) Granulie des suites de couches. Décès 15 jours après accouchement spontané à 7 mois. Enfant vivant.
- 51) Tuberculose en évolution au huitième mois. Décès 10 jours après accouchement spontané d'enfant vivant à 8 mois.
- 52) Tuberculose laryngée à 8 mois 1/2. Décès 4 jours après accouchement au forceps à terme.

53) Méningite tuberculeuse chez une primipare à la fin de la grossesse. Décès 3 jours après accouchement spontané d'enfant vivant à terme. Vérification nécropsique.

54) Granulie des suites de couche. Hémorragie intestinale au septième jour. Décès 7 jours après accouchement spontané à 8 mois d'enfant vivant. Vérification nécropsique.

55) Granulie de la fin de la grossesse. Décès 10 jours après accouchement spontané d'enfant vivant. Vérification nécropsique.

3. — *Cardiopathies*

La grossesse étant un phénomène physiologique a peu d'influence sur le cœur, en dehors de tout état pathologique. Les conditions se modifient si le myocarde est altéré : on trouve alors une aggravation nette. Ici, également, les opinions changent avec chaque auteur. La belle formule de Peter n'a pas réussi à trancher la question et si elle est citée par tous les auteurs, elle est toujours suivie d'un rectificatif qui en détruit la sévérité.

Nous avons relevé, dans nos observations, 18 cas de mort par cardiopathies.

Quelle est la période de la grossesse la plus meurtrière pour les cardiaques ? *A priori*, il semble que ce soit la période des suites de couches. Nos observations corroborent parfaitement cette façon de voir. Sur nos 18 cas, nous avons trouvé : 2 morts malgré un avortement provoqué, 5 au cours de la grossesse avant la période d'expulsion, et 11 après l'accouchement. De plus, il semble que la période de prédilec-

tion d'accidents mortels au cours des cardiopathies ne soit pas les tous premiers jours qui suivent l'expulsion, mais bien la période que l'on pourrait appeler des suites de couches, et particulièrement au cours de la deuxième semaine.

On a beaucoup parlé de la fréquence des accidents gravido-cardiaques chez les cyphotiques. Ces déformations de la colonne vertébrale ne permettent pas un développement normal de l'utérus grévide, qui provoque des déplacements et des compression. Nous avons relevé 3 cas de mort : 2 chez des cypho-scoliotiques, 1 chez une cyphotique.

OBSERVATIONS.

1) Insuffisance et rétrécissement mitraux. L'accouchement spontané eut lieu à terme. La mort survint 1 mois après au cours de crises d'asystolie.

2) Maladie mitrale. Une congestion pulmonaire enlève la malade, 11 jours après accouchement spontané à terme.

3) Cardiopathie mitrale, avec péricardite. La malade mourut d'accidents asystoliques, 13 jours après accouchement spontané à 6 mois.

4) Cardiopathie mitrale. Mort 22 jours après accouchement spontané à 7 mois d'accidents asystoliques.

5) Œdème aigu du poumon chez une mitro-aortique. Mort 8 jours après l'accouchement.

6) Accidents cardiaques chez une cypho-scoliotique. Mort au septième jour par asystolie.

8) Cardiopathie mitrale. Œdème aigu du poumon. Mort le lendemain d'accouchement spontané à terme.

9) Rétrécissement mitral chez une V pare. Asystolie pendant le travail. Accouchement normal à 8 mois 1/2. Mort par asystolie, au quatrième jour.

10) Œdème aigu du poumon pendant accouchement chez une mitro-aortique. Mort 1 heure après la délivrance,

11) Accouchement asphyxique chez une cypho-scoliotique.
Mort le lendemain de l'accouchement au forceps à 8 mois 1/4.

12) Cardiaque morte, après avortement provoqué.

13) Avortement provoqué au cinquième mois chez une femme ayant un rétrécissement mitral. Mort par asystolie.

14) Asystolie au cinquième mois.

15) Mitro-aortique au troisième mois amenée mourante.

16) Cardiaque morte au cours de la grossesse.

17) Cardiaque morte au cours de la grossesse.

18) Maladie mitrale.

4. — *Grippe*

Parmi les 45 décès classés comme dus à la grippe, 42 se sont produits au cours de l'épidémie meurtrière et mal définie de 1918-1919. Comme les chiffres que nous comparons aux nôtres sont antérieurs à cette époque, on conçoit facilement que nous trouvions une discordance marquée.

Pendant les années 1918 et 1919, nous avons retrouvé 136 gripes, dont 42 de mortelles, soit une mortalité de 30,88 %.

5. — *Diabète*

Le diabète causa une fois la mort chez une femme qui accoucha en ville et succomba dans le coma, quelques jours après l'accouchement.

6. — *Encéphalite*

Notre statistique indique 1 décès par encéphalite.

OBSERVATION. — La malade fut atteinte, au cours de la grossesse, d'encéphalite léthargique avec myoclonie et délire. L'accouchement eut lieu spontanément, d'une façon rapide, au voisinage du terme. Sommeil progressif et mort 10 jours après l'accouchement, 14 jours après le début de la maladie.

7. — *Scarlatine*

La scarlatine évoluant pendant la grossesse peut être considérée comme un fait absolument exceptionnel. Cette fièvre éruptive se montre, au contraire, assez souvent chez les nouvelles accouchées.

4 femmes sont mortes à la suite de scarlatine.

OBSERVATIONS.

1) Scarlatine des suites de couches. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. La mort eut lieu 7 jours après.

2) Scarlatine des suites de couches. Accouchement spontané à terme. Mort 3 jours après.

3) Accouchement spontané à terme. Mort le sixième jour.

4) Primigeste entre en travail. L'accouchement eut lieu le soir. Une scarlatine maligne se déclare et entraîne la mort le troisième jour. L'enfant était mort le lendemain de l'accouchement.

8. — *Rougeole*

La rougeole peut s'observer pendant la grossesse. Si les observations n'en sont pas très communes, cela tient à la rareté relative de cette fièvre éruptive chez la jeune femme qui jouit presque toujours de l'immunité d'une première atteinte de cette maladie pendant son enfance.

La rougeole a causé un seul décès.

OBSERVATION. — La grossesse avait été conduite jusqu'au voisinage du terme. La rougeole se déclara quelques jours avant l'accouchement. La mort, par septicémie, eut lieu dans les suites de couches.

9. — *Fièvre typhoïde*

Nous avons réuni 6 cas de mort par fièvre typhoïde, dont 4 pendant la grossesse et 2 pendant les suites de couches.

OBSERVATIONS.

1, 2, 3) Les malades sont mortes dans les 6 premiers mois de la grossesse, après avortement spontané.

4) La malade succomba au cours de la grossesse à une syncope.

5) Forceps dans l'excavation chez une cardiaque. Une fièvre typhoïde à début brusque se déclare 2 jours après l'accouchement et le lendemain de l'expulsion d'un lombric. Perforation intestinale. Mort au sixième jour.

6) Fièvre typhoïde à marche rapide. Apparition brusque le onzième jour après l'accouchement spontané à terme. Mort au cinquième jour.

10. — *Ictère grave*

Nos observations mentionnent un décès par ictère grave. La malade présenta des accidents au cours de la grossesse et mourut peu après.

11. — *Méningite cérébro-spinale*

4 décès à la suite de méningite cérébro-spinale.

OBSERVATIONS.

1) Méningite aiguë cérébro-spinale suppurée à pneumocoques et staphylocoques au cours d'une grossesse de 7 mois 1/2. On pratiqua une césarienne post-mortem. L'enfant mourut peu après. La vérification fut faite à l'autopsie.

2) Méningite à pneumocoques le lendemain de l'accouchement. Mort. Autopsie.

3) Accouchement à terme. Méningite suppurée de la convexité. Mort. Autopsie.

4) Avortement à 4 mois 1/2. Intoxication par le sublimé. Méningite suppurée à pneumocoques.

12. — *Appendicite*

Nous relevons un seul cas mortel d'appendicite.

OBSERVATION. — Il s'agissait d'une grossesse de 7 mois. La parturiente fut prise d'une syncope dans la rue, avec douleur abdominale très vive, plastron et réaction péritonéale intense. On fait le diagnostic d'appendicite. L'intervention est pratiquée immédiatement. La mort survient 6 jours après.

13. — *Epilepsie*

La grossesse ne crée point l'épilepsie, ainsi que l'ont cru d'anciens auteurs, qui confondaient les accès d'éclampsie, avec des crises d'épilepsie. Ce n'est même qu'exceptionnellement que l'épilepsie débute pendant la grossesse.

Nous trouvons, dans nos observations, un seul cas de mort dû à l'épilepsie.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme qui présentait des crises d'épilepsie jacksonienne depuis 8 ans. On pratiqua sur cette femme une basiotripsie pour rétrécissement pelvien. La mort survint 1 heure 1/2 après l'accouchement, au cours d'une crise.

14. — *Occlusion intestinale*

Des accidents d'occlusion intestinale peuvent survenir pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches. Leur début s'explique par des changements apportés dans les rapports de la masse intestinale, soit par le développement de l'utérus pendant la grossesse, soit par sa régression après l'accouchement.

Nous retrouvons, dans nos observations, 3 cas de mort par occlusion intestinale, : 2 pendant la grossesse, 1 après l'accouchement.

OBSERVATIONS.

1) VI pare qui présente occlusion intestinale avant le travail. Anus iliaque, mort immédiate.

A l'autopsie, gros intestin rétracté, dilatation intestin grêle.

2) Accouchement à 7 mois. Symptômes d'occlusion depuis 5 jours. A l'intervention, on trouve une péritonite localisée sans bride ni torsion. Mort le lendemain.

3) Primipare qui présente occlusion intestinale par bride de suite après accouchement. Laparotomie médiane 38 heures après accouchement. Mort 7 heures après l'intervention.

15. — *Cancer extra-génital*

Un seul cas de mort par cancer extra-génital.

OBSERVATION. — Cancer de la colonne vertébrale secondaire à un cancer primitif du sein. La malade présentait une paralysie flasque. Elle accoucha spontanément au septième mois de la grossesse. La mort survint 2 jours après l'accouchement.

16. — *Cancer génital*

Nous relevons un décès chez une parturiente atteinte de :

OBSERVATION. — Cancer de la cloison recto-vaginale. L'accouchement prématuré eut lieu spontanément à 6 mois 1/4. La malade fut emportée par une infection suraiguë, au septième jour après l'expulsion.

17. — *Fibrome utérin*

Dans 2 cas, un fibrome fut la cause de la mort de la mère.

OBSERVATIONS.

1° L'accouchement avait eu lieu en ville. Le décès survint au cours d'accidents infectieux consécutifs au sphacèle de la tumeur.

2° Césarienne et myomectomie. Mort 3 jours après intervention.

18. — *Kyste de l'ovaire*

Notre statistique ne relate qu'un décès par kyste de l'ovaire.

OBSERVATION. — La mort eut lieu au cours du travail par suppuration du kyste. Laparotomie et césarienne.

19. — *Mal de Bright*

8 cas de mort, dont nous allons donner un résumé d'observation.

OBSERVATIONS.

1) Œdème aigu du poumon chez une néphrétique au début du travail. Opération de Porro pour une viciation du bassin. Mort 6 heures après. A l'autopsie, on trouva un cœur de Traube.

2) Albuminurique ayant présenté à l'accouchement précédent un décollement du placenta normalement inséré. A cette grossesse, elle présente le même syndrome. L'accouchement se fit normalement. 3 semaines après : hémorragie méningée enlevant la malade en 48 heures.

3) Parturiente présentant une néphrite chronique. La mort survint après un accouchement prématuré spontané à 6 mois 1/2.

4) La mort survint après accouchement spontané à 7 mois.

5) La mort eut lieu d'une façon très rapide par œdème pulmonaire à 4 mois.

6) Accouchement normal. Mort par urémie 3 semaines après.

7) Néphrite toxique provoquée par morphinomanie.

8) Œdème aigu du poumon chez une brightique au cours du travail. Césarienne post-mortem.

20. — *Anémie pernicieuse*

Le syndrome anémie pernicieuse décrit la première fois par Biermer, se rencontre assez fréquemment chez la femme enceinte.

Nous relevons 24 décès sur 25 cas observés.

1) Anémie pernicieuse de la grossesse. Accouchement provoqué à terme. Mort au huitième jour.

2) Anémie pernicieuse de la grossesse. Décès 5 jours après accouchement spontané à 8 mois.

3) A. P. de la grossesse. Décès le lendemain de l'accouchement.

4) A. P. de la grossesse. Albuminurie intense. Mort 28 jours après accouchement prématuré spontané à 7 mois 1/2.

5) A. P. de la grossesse. Mort 5 jours après accouchement prématuré spontané à 8 mois.

6) A. P. de la fin de la grossesse. Accouchement spontané à terme. Mort dans les jours suivants.

7) A. P. au cours de la grossesse. Mort. Pas de renseignements.

8) A. P. au cours de la grossesse. Mort. Pas de renseignements.

9) A. P. au cours de la grossesse. Accouchement spontané avant terme. Mort dans les jours suivants.

10) A. P. pendant la grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois. Décès peu après.

11) A. P. pendant la grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois. Décès peu après.

12) A. P. de la fin de la grossesse. Accouchement spontané à terme. Mort dans les suites de couches.

13) A. P. pendant la grossesse. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2. Décès peu après.

14) A. P. pendant la grossesse. Accouchement spontané à terme. Décès dans les suites de couches.

15) A. P. pendant la grossesse. Mort. Pas de renseignements.

16) A. P. Pendant la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois. Décès pendant les suites de couches.

17) A. P. à 7 mois 1/2. Accouchement prématuré. Décès dans les suites de couches.

18) A. P. pendant la grossesse. Mort. Pas de renseignements.

19) A. P. pendant la grossesse. Mort. Pas de renseignements.

20) A. P. Mort une heure après accouchement spontané à 8 mois.

- 21) A. P. chez une cardiaque. Décès 13 jours après.
- 22) A. P. Décès 2 heures 1/2 après accouchement spontané à 8 mois.
- 23) A. P. Décès au huitième mois. Césarienne post-mortem. Enfant mort.
- 24) A. P. Décès à 8 mois. Césarienne post-mortem. Enfant mort.
-

CHAPITRE III

Affections propres à la puerpéralité

A. — Accidents au cours de la grossesse

1. — *Avortements*

La fréquence de l'avortement est extrêmement difficile à établir. En effet, beaucoup de femmes font des fausses couches dans les premiers mois de la grossesse, sans s'en douter ; d'autres, surtout dans la classe pauvre, avortent, sans demander le secours du médecin. Il est donc certain que les statistiques donnent des chiffres trop faibles et, à notre avis, on ne trouve dans les hôpitaux que les avortements avec complications.

Sur 1.437 avortements recueillis à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, 629 fois la fausse couche s'est passée sans aucune complication ; dans 414 cas,

on a observé soit de la rétention, soit des hémorragies sérieuses ; enfin, dans 367 cas, il s'est produit de l'infection ; 27 femmes sont mortes, ce qui donne une mortalité d'environ 2 %.

Nous avons réuni 8.125 observations d'avortements, sur lesquelles on enregistre 170 décès, ce qui donne une mortalité de 2,09 %.

Sur ces 170 décès :

- 98 ont été dus à des septico-pyohémies ;
- 56 à des péritonites ;
- 4 perforations utérines ;
- 3 tétanos ;
- 9 empoisonnements.

2. — *Môle hydratiforme*

La môle est une affection qui peut être considérée comme grave. Elle provoque en effet des hémorragies à répétition, qui anémient rapidement la femme, surtout si le diagnostic n'étant pas posé, on laisse évoluer la grossesse.

Nous avons observé un seul décès par môle, sur 30 cas observés, ce qui donne une proportion de 3,33 %.

OBSERVATION. — Un curettage fut pratiqué chez une malade atteinte de môle. Une injection de déclara suivie d'embolies. La mort survint à la sixième semaine.

3. — *Décollement du placenta normalement inséré*

Les hémorragies rétro-placentaires sont assez fréquentes, si l'on y fait entrer les petites hémorragies de faible importance ou les hémorragies du travail ; elles sont, au contraire, rares, quand on ne recueille que les cas graves qui menacent la vie de la mère et de l'enfant. C'est ainsi que Goodell n'en compte que 3 cas sur 22.498 accouchements. Quant à la mortalité, toutes les statistiques donnent des chiffres élevés. Nous avons réuni 179 cas de décollement du placenta, dont 3 mortels, soit une mortalité de 1,67 %. Mais il y a lieu de spécifier que sur ces 179 cas, 22 seulement étaient à forme grave, ce qui nous donne une mortalité de 13,63 %.

OBSERVATIONS.

1) Décollement du placenta normalement inséré. Incision du col suivie de craniotomie. Mort rapide.

2) Malade présentant un décollement du placenta normalement inséré. Craniotomie après dilatation. Déchirure du segment. Mort 1 h. 45 après.

3) VI pare. Décollement du placenta normalement inséré à 8 mois. Césarienne vaginale. Mort 45 minutes après.

4. — *Placenta prævia*

L'insertion du placenta prævia sur le segment inférieur, si elle est fréquente quand on envisage cette insertion au point de vue anatomique, devient beau-

coup plus rare, si on recueille seulement les faits dans lesquels il s'est produit une hémorragie.

Voici en effet quelques statistiques :

Klein, à la deuxième Geburtsh. Gynæk. Klinik de Vienne, sur 17.184 accouchements, trouve 138 cas de placenta prævia, soit $1/24$, et sur ces 136 cas, 13 morts.

Doranth, à la même clinique, de 1885 à 1895, sur 47.980 accouchements, 354 placenta prævia : 33 morts.

Le Docteur Labusquière, à la Clinique de Copenhague, sur 24.000 accouchements, 240 cas, 22 décès : 9 %.

Tarnier et Budin, à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, du 1^{er} janvier 1889 au 1^{er} janvier 1897 : 11.347 accouchements, 52 cas, soit $1/218$, et 10 décès : 21,5 %.

Nous avons trouvé 332 cas de placenta prævia, soit $1/193$, sur lesquels 12 décès, soit une proportion de 3,72 %.

OBSERVATIONS.

1) Placenta prævia au cours du travail. Anémie aiguë à l'entrée. Mort immédiatement après extraction du siège.

2) Placenta prævia au cours du travail. Version par manœuvres internes. Hémorragie après la délivrance. Tamponnement intra-utérin. Mort rapide par anémie aiguë.

3) Placenta prævia au cours de la grossesse. Manœuvre de Braxton-Hicks. Délivrance artificielle. Tamponnement intra-utérin. Phénomènes infectieux. Phlébite. Mort par embolie un mois après.

4) Placenta prævia au huitième mois. Braxton-Hicks. Mort par anémie aiguë.

5) Placenta prævia central. Extraction du siège avec craniotomie sur tête dernière. Mort par anémie aiguë.

6) Placenta prævia à terme. Extraction du siège. Hémorragie de la délivrance. Mort après 2 heures. Déchirure du segment inférieur.

7) Placenta prævia à terme. Version par manœuvres internes. Craniotomie sur tête dernière. Mort par anémie aiguë après 30 minutes.

8) Placenta prævia. Enfant mort. Expulsion spontanée. Rétention d'un cotylédon. Délivrance artificielle. Anémie profonde. Mort au quatrième jour.

9) Placenta prævia au cours du travail à terme. Anémie. Mort 3 heures après. Extraction au forceps d'un enfant mort.

10) Placenta prævia chez une V pare. Braxton-Hicks. Hémorragie de la délivrance. Tamponnement intra-utérin. Mort par anémie aiguë 2 heures après accouchement d'un enfant mort. Déchirure latérale droite du segment inférieur.

4) Placenta prævia central à terme chez une IV pare Braxton-Hicks après perforation du placenta. La mort survint 4 heures après par anémie aiguë quelques minutes après l'extraction d'un enfant mort. Déchirure bilatérale du col dont une intra-utérine sur 2 cm. de longueur.

5) Placenta prævia. Braxton-Hicks. Craniotomie sur tête dernière. Anémie aiguë et mort à la fin de l'intervention.

5. — *Putréfaction fœtale*

Nous retrouvons une observation de décès, à la suite de putréfaction fœtale.

OBSERVATION. — La malade venait de la ville. Putréfaction fœtale *in-utéro*. Forceps pour contraction insuffisante. La mort eut lieu 4 heures après l'extraction d'un enfant de 2.750 grammes.

6. — *Vomissements graves*

Nous avons relevé 155 observations de vomissements graves de la grossesse ; 5 seulement se terminèrent par la mort, malgré 3 avortements provoqués. Cela nous donne donc une proportion de 3,22 %.

B. — Accidents au cours de l'accouchement

1. — *Hémorragies de la délivrance*

2 femmes sont mortes à la suite d'hémorragie de la délivrance. Encore faut-il faire remarquer qu'une des femmes avait accouché à l'extérieur. Ainsi donc, sur 47.954 accouchements faits dans la Maternité, nous trouvons un seul cas de décès par hémorragie de la délivrance.

OBSERVATIONS.

1) Femme ayant accouché à la campagne. Non délivrée. Entrée après 24 heures de rétention. Morte en arrivant. Autopsie : placenta *in-utéro*.

2) Forceps pour souffrance fœtale. Hémorragie de la délivrance avant l'extraction du placenta. Délivrance artificielle. Inertie utérine totale. Tamponnement intra-utérin. Ancienne déchirure à l'autopsie.

2. — *Syncope anesthésique*

2 décès par syncope anesthésique.

- 1) Application de forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale. Mort au milieu de l'intervention.
- 2) Mort au cours d'un curage digital après avortement.

3. — *Ruptures utérines*

C'est Guillemeau qui, le premier, démontra que la matrice pouvait, en se rompant, causer la mort des parturientes. Depuis, de nombreuses statistiques ont été publiées sur la fréquence et la mortalité des ruptures utérines.

Les résultats que nous avons trouvés sont les suivants : 12 décès par rupture utérine ; 4 autres cas ont été groupés ; 3 dans le paragraphe du placenta prævia, 1 parmi les décollements du placenta.

OBSERVATIONS.

- 1) Forceps dans l'excavation. Rupture du segment inférieur. Péritonite. Mort au deuxième jour.
- 2) Forceps dans l'excavation chez une cardiaque. Hémorragie grave par déchirure étendue du vagin. Mort le lendemain.
- 3) Version pour bassin rétréci après 3 tentatives de forceps. Rupture utérine du segment inférieur. Opération de Porro. Mort au deuxième jour.
- 4) Accouchement spontané à terme. Pituitrine. Délivrance spontanée. Mort après 5 jours. Rupture du segment inférieur.
- 5) Femme venant de la ville, entrant en plein travail avec une péritonite. Version. On constate immédiatement après

une large rupture du segment inférieur. Hystérectomie. Mort pendant l'opération.

6) Rupture utérine pendant la grossesse chez une femme venant de la ville. Hystérectomie subtotale. Mort le dixième jour.

7) Rupture spontanée du segment inférieur au cours du travail chez une VIII pare.

8) Déchirure du cul-de-sac postérieur, forceps après accouchement provoqué. Hystérectomie après 48 heures. Mort 4 jours après l'opération.

9) Extraction du siège chez une IV pare. Craniotomie sur tête dernière. Rupture du segment inférieur et mort en une heure.

10) VI pare. Travail prolongé pour enfant de 5.000 gr. Rupture utérine en ville. Porro. Décès pendant l'opération.

11) Femme de 27 ans, ayant subi en janvier 1920 une césarienne dans des conditions normales pour rétrécissement pelvien. Revient mourir à peu près subitement à la clinique en avril 1921. Elle atteignait le huitième mois d'une nouvelle grossesse et la rupture de l'utérus au niveau de l'ancienne cicatrice fut vérifiée à l'autopsie.

12) Rupture utérine spontanée au cours du travail au niveau de la cicatrice d'une césarienne antérieure datant de 14 mois, cicatrice en partie rompue par laquelle font hernie les membranes. Suture à 2 plans. Mort au cinquième jour quelques heures après intervention et drainage.

4. — *Choc*

Nous avons relevé un cas de mort par choc.

OBSERVATION. — IV pare. Mort par surmenage après accouchement d'un gros enfant de 4.670 grammes terminé par craniotomie.

Observation 11. Référence : Rhenter. - Rupture d'une cicatrice de césarienne à la fin de la grossesse, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Nov. 1921.

C. — Affections survenant pendant les suites de couches

Infection puerpérale

Il serait fastidieux de vouloir reprendre aujourd'hui la question de l'infection puerpérale. Ce sujet a été épuisé et tout récemment encore, Lauzerain, dans sa thèse soutenue à Lyon en 1919, a résumé l'histoire de l'infection puerpérale en s'appuyant sur de très nombreuses statistiques. Aussi, nous bornerons-nous à citer les chiffres que nous avons trouvés. Leur éloquence nous dispensera de longs commentaires.

Nous avons réuni, sur notre total de 62.270 accouchements, 221 observations de cas de mort par fièvre puerpérale. Mais ce chiffre de 221 ne doit pas être considéré dans sa brutalité. En classant en effet les observations, nous avons trouvé 106 cas de femmes accouchées à l'extérieur, entrant à l'hôpital en pleine évolution de fièvre puerpérale. Si nous cherchons la mortalité par infection à la suite d'accouchements ayant eu lieu dans les maternités, nous ne réunissons que 115 cas de mort sur 47.954 accouchements, ce qui nous donne une proportion de 0,24 %.

Sans vouloir encombrer notre travail de chiffres et de pourcentages, il nous paraît indispensable de citer les résultats de quelques cliniques parallèlement aux nôtres.

A la Clinique de la Faculté de Médecine de Paris, en 1878, sur 624 accouchements, on trouve 16 décès par infection, soit 2,6 %.

En 1883, 848 accouchements, 12 décès : 1,4 %.

A l'Hôpital Saint-Louis, du 10 janvier 1883 au 1^{er} janvier 1889, 7,819 accouchements, 66 décès : 0,58 %.

A Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse, 2,421 accouchements, 21 décès : 0,86 %.

Une statistique de 47 maternités allemandes, pendant 10 ans, nous donne les chiffres suivants :

184.287 accouchements, 1.429 décès par infection puerpérale : 1,37 %.

Ainsi donc, alors qu'il y a quelques années, la fièvre puerpérale était le principal facteur de mortalité dans nos maternités, il résulte de notre statistique que le nombre de décès par infection est relativement peu élevé, par rapport à la mortalité générale. Nous ne pourrions mieux traduire notre façon de voir qu'en citant une page que nous extrayons du discours d'installation prononcé par le Docteur Delore, en 1866 : « De l'hygiène des maternités ». Après avoir cité les statistiques de mortalité des principaux hôpitaux de France dressées par de Lurieu, Delore s'exprime ainsi :

« Quelle est la valeur de ces statistiques en bloc ? Lefort a fourni les éléments pour résoudre le problème. Dans les hôpitaux de Paris les causes générales donnent une proportion de mortalité qui varie de 0,8 à 2,1 %, tandis que la fièvre puerpérale fournit de 3,5 à 8 %. Les causes générales donnent donc une

— 14 —

mortalité peu élevée et à peu près constante et elles peuvent être négligées sans inconvénient, lorsqu'il s'agit de chiffres aussi considérables. *Aussi, lorsque je parle de la mortalité, c'est comme si je parlais de la fièvre puerpérale.* »

**D. — Affections pouvant survenir
à tous les stades de la puerpéralité**

Eclampsie

De nombreuses statistiques ont été publiées pour établir la fréquence de l'éclampsie puerpérale. Toutes ne concordent pas. En réunissant les chiffres publiés, tant en France qu'à l'étranger, on arrive aux résultats suivants : 1.491 cas d'éclampsie, pour 390.568 accouchements, soit 1/265.

Quant à la mortalité, les statistiques s'accordent à donner une mortalité maternelle moyenne de 30 %.

Nous avons réuni 208 observations d'éclampsie, soit 1 cas sur 298 accouchements. Sur ces 208 cas, 24 ont été mortels, ce qui donne une mortalité de 11,5 %.

OBSERVATIONS.

1) Femme accouchée chez elle à 8 mois. Curage et écouvillonnage de l'utérus. Crises d'éclampsie après l'accouchement. Mort le sixième jour.

2) Eclampsie à 8 mois. Œdème aigu du poumon. Crises subintrantes. Mort 5 jours après le début, 3 jours après accouchement spontané d'un prématuré mort-né.

3) Eclampsie à 8 mois. Coma. Température 40°. Enfant mort. Anémie complète. Césarienne vaginale. Délivrance artificielle. Mort quelques heures après entrée, immédiatement après l'intervention.

4) Eclampsie, 26 crises. Décès le deuxième jour après accouchement, à 8 mois 1/2 d'un enfant mort-né.

5) Eclampsie à 8 mois chez albuminurique. 3 crises chez elle, 3 dans le service. Mort en quelques heures avant accouchement.

6) Eclampsie à 8 mois. Accouchement prématuré spontané. Persistance du coma et mort en 2 jours.

7) Eclampsie à 7 mois. 18 crises. Anurie. Accouchement spontané d'un mort-né. Mort 2 jours après accouchement.

8) Eclampsie à la fin de la grossesse. Accouchement spontané d'un enfant vivant à terme. Mort 8 jours après l'accouchement.

9) Eclampsie de la grossesse à 7 mois 1/2. Mort 4 jours après accouchement d'un enfant mort. 20 crises.

10) Eclampsie à 7 mois. Mort de l'enfant. Accouchement d'un macéré. Décès 2 jours après (septicémie suraiguë surajoutée).

11) Eclampsie de la grossesse au moment du terme. Mort 48 heures après accouchement spontané d'un enfant vivant.

12) Eclampsie au septième mois. 6 crises. Mort 14 heures après accouchement spontané à 7 mois d'un enfant mort.

13) Décès 19 jours après accouchement d'enfant vivant dans le coma. Broncho-pneumonie surajoutée.

14) Eclampsie chez une primipare, 11 crises. Mort 1 heure après accouchement au forceps d'un enfant mort.

15) Eclampsie au moment du travail chez une primipare. Crises subintrantes. Forceps. Mort 5 jours après.

16) Eclampsie chez une primipare. Décès 15 heures après accouchement au forceps d'un enfant vivant.

17) Primipare alcoolique (absinthe). Eclampsie à 8 mois. Décès 18 heures après début, 1 heure après accouchement au forceps d'un enfant mort-né.

18) Eclampsie chez une primipare gémellaire à 8 mois. Mort 6 jours après accouchement au forceps d'un enfant vivant.

19) Eclampsie à 7 mois chez secondipare. Décès au quatrième jour, 2 jours après accouchement spontané d'un enfant mort-né.

20) Coma éclamptique chez une VII pare à 7 mois 1/2. Décès 4 jours après accouchement spontané d'un enfant mort après 24 heures.

21) Eclamptique compliquée de diabète au huitième mois. Primipare. Mort après 3 jours le lendemain de l'accouchement spontané d'un macéré.

22) Eclampsie chez une primipare à 7 mois. Décès le huitième jour, le lendemain de l'accouchement spontané d'un macéré.

23) Eclampsie à 8 mois. Primipare. Mort en 21 heures sans être délivrée.

24) Eclampsie chez primipare à 8 mois. Décès dans le coma 9 heures 1/2 après entrée dans le service, 14 heures après le début probable.

CHAPITRE IV

Interventions chirurgicales

1. — *Césarienne*

Tant de relations de sections césariennes ont été publiées jusqu'à ce jour qu'il semble aisé d'établir le bilan des succès et des insuccès de cette opération. En réalité, une statistique basée sur un grand nombre de cas isolés dus à des opérateurs différents n'offre qu'une valeur toute relative ; mieux vaut, pour asseoir une opinion, ne tenir compte que des faits qui, groupés, représentent la pratique intégrale de certains opérateurs.

Bar a réuni 174 faits provenant de la pratique de 7 opérateurs (Léopold, Reynolds, Pasquali, Olshausen, Zweifel, Charles, Bar). La mortalité maternelle a été de 6,32 %.

Nous avons retrouvé 128 observations d'opérations anciennes, dont 13 ont été suivies de mort. Parmi ces 13 cas, 2 ont été classés dans le paragraphe des pneu-

monies, 1 avec les kystes de l'ovaire, 1 avec les fibromes, 1 dans les ruptures utérines. Il en reste donc 7, soit un pourcentage de 5,46 %.

OBSERVATIONS.

1) Césarienne pendant le travail, les membranes étant intactes, pour rétrécissement pelvien. Péritonite. Mort au sixième jour.

2) Opération césarienne à la fin de la grossesse pour bassin rachitique. Mort 47 heures après opération.

3) Opération césarienne à terme pour bassin vicié. Péritonite généralisée. Mort au troisième jour.

4) Césarienne avant tout début de travail pour nanisme. Décès au quinzième jour. Infection.

5) Césarienne chez primipare après le début du travail, membranes intactes, pour bassin vicié. Décès au quatrième jour par péritonite.

6) Césarienne itérative avant tout début de travail pour bassin vicié; troisième intervention. Résection cunéiforme des deux trompes. Mort par septicémie au sixième jour.

7) Césarienne pour bassin rétréci immédiatement au début du travail, membranes intactes. Mort par péritonite au sixième jour.

2. — *Pubiotomie*

Nous retenons un seul décès à la suite de pubiotomie, sur 13 opérations pratiquées, soit une mortalité de 7,80 %.

OBSERVATION. — Secondipare. Pubiotomie et forceps dans l'excavation. Décès 3 jours après péritonite.

CONCLUSIONS

I. — Sur 62.270 observations de malades traitées dans les services d'obstétrique de la Charité (Clinique obstétricale et Maternité : services d'accouchement et d'infirmérie), pendant la période de 20 ans, comprise du 1^{er} janvier 1904, au 31 décembre 1923, nous avons trouvé 652 décès, soit une mortalité de 1,05 %.

II. — Si nous décomposons le chiffre de 62.270 en considérant uniquement les accouchements effectués dans les services d'accouchement, et en éliminant les entrées directes dans les infirmeries, nous réunissons 268 décès, sur 47.954 accouchements, soit une mortalité de 0,52 %.

III. — Alors qu'il y a quelques années la fièvre puerpérale était le facteur essentiel de mortalité dans les maternités, il résulte de notre statistique que le nombre de décès par infection est relativement peu élevé, par rapport à la mortalité générale comprenant les malades accouchés dans les services de la Charité et celles entrées directement du dehors dans les services d'infirmérie.

IV. — Les principales causes de mortalité puerpérale, en dehors de l'infection, nous ont paru être les suivantes :

a) Maladies diverses compliquant l'état puerpéral ou compliquées par lui, 189/652, soit	29,03 %
b) Avortement, 170/652, soit	26,2 %
c) Eclampsie, 24/652, soit	3,6 %
d) Placenta prævia, 12/652, soit	1,8 %
e) Accidents au cours de l'accouchement, 15/652, soit	2,4 %

Les autres causes donnent un pourcentage inférieur à 5/652, soit à 0,7 %.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Permis d'imprimer : *Le 18 novembre 1925,*
Pour le Recteur d'Académie et par délégation,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre Premier.— Mortalité maternelle générale dans les Services d'Accouchements et d'infirmé- rie.....	11
Chapitre II.— Maladies diverses et puerpéralité...	19
Chapitre III.— Affections propres à la puerpéralité	37
Chapitre IV.— Interventions chirurgicales	51
Conclusions.....	53
